

FREDERICK COUNTY HEALTH ACCESS PROGRAM

NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTA LE DESCRIBE A USTED COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA, REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTA NOTA CON CUIDADO.

Salvaguardando y protegiendo su Información de Salud

El Frederick County Health Access Program (FCHAP) esta comprometido a proteger su información de salud. Para que podamos proporcionarle tratamiento o para pagar por su cuidado médico, FCHAP le pedirá información acerca de su salud. Esta información se pondrá en su expediente médico. El expediente médico de un paciente, usualmente contiene: síntomas, resultados de exámenes y pruebas médicas, diagnosis y tratamientos. Su expediente médico es legalmente regulado y su información puede ser usada con varios propósitos. El FCHAP debe regirse bajo las prácticas de privacidad descritas en esta nota informativa. Aunque, el FCHAP se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad y términos descritos en esta nota informativa en cualquier momento. Usted puede solicitar una copia reciente de esta nota Informativa sobre prácticas de privacidad FCHAP.

Quando el FCHAP Puede Usar y dar a Conocer su Información de Salud

Los empleados del FCHAP usarán su información de salud solamente como parte de su trabajo. Si el FCHAP necesita utilizar su información médica para otras cosas; debe obtener su autorización por escrito. A menos que la ley indique lo contrario. Ejemplos de cuando el FCHAP puede usar y dar a conocer su información de salud:

Usos e Información Médica dada a conocer con relación a Tratamiento, Pago, o Cuidado Médico:

Para tratamiento: El FCHAP puede usar o compartir su información de salud para aprobar o negar tratamiento, y para determinar si su tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo: Los proveedores de cuidado médico del DHMH pueden revisar su tratamiento con el doctor que le atiende, como resultado de una necesidad médica o para coordinar bien su cuidado de salud.

Para obtener pago: El FCHAP puede usar o compartir su información de salud para cobrar u obtener pago por servicios de cuidado médico y para determinar si usted es elegible para obtener estos servicios. Por ejemplo: Su proveedor de cuidado médico puede enviar notas de cobro por servicios médicos que usted halla recibido.

Para Cuidado Médico: El FCHAP puede usar y compartir su información de salud para verificar la calidad de nuestros servicios.

Otros Usos e Información Médica dada a conocer Requeridos/ Permitidos por la ley:

Requerido por la ley: El FCHAP puede dar a conocer su información de salud si la ley así lo requiere.

Con Propósito de información: a menos que usted no indique lo contrario, el FCHAP puede mandar tarjetas/ recordatorio de citas y otros materiales a su hogar, con respecto al programa.

Prevenir amenazas a la salud o la seguridad: Para poder evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad; el FCHAP puede dar a conocer información médica, según sea necesario, a la ley u otras personas que puedan prevenir o disminuir (razonablemente) la amenaza de daño.

Abuso y Negligencia: El FCHAP dará a conocer su información de salud a las autoridades pertinentes para evitar que usted sea víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica, o algún otro crimen. El FCHAP puede dar su información médica según sea necesario para prevenir alguna amenaza grave de salud o de seguridad suya o de otros.

Familiares, amigos u otras personas involucradas en su cuidado: El FCHAP puede compartir información médica con las personas involucradas en su cuidado de salud o en el pago del mismo. El FCHAP puede también compartir su información de salud con ciertas personas para notificarlos acerca de su ubicación, de su condición general, o de su muerte.

Usted Tiene el Derecho a:

Pedir restricciones: Usted tiene el derecho de pedir que FCHAP restrinja la información de salud que nosotros usamos o damos a conocer acerca de usted. El FCHAP concederá su petición siempre y cuando esto sea posible, pero no es un requerimiento legal que nosotros concedamos la misma. Si el FCHAP esta de acuerdo con su petición, se la concederemos, excepto, en situaciones de emergencia.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que FCHAP le envíe información a otra dirección alterna, o de otra manera diferente a la acostumbrada. El FCHAP esta de acuerdo en cumplir sus deseos, siempre y cuando estos sean razonables y fáciles.

Inspecciones y copias: Usted tiene el derecho de ver su información de salud cuando usted lo solicite por escrito.

Confirmo que he recibido esta nota:

Paciente o Persona Autorizado

Fecha

Firma de representante del FCHAP